



WNIOSEK PACJENTA

o udzielenie/anulowanie udzielenia*

dostępu do elektronicznych danych kontrahentowi z wykorzystaniem portalu
e-Szpital

| | |
|---|--|
| Imię**: | |
| Nazwisko**: | |
| PESEL**: | |
| Rodzaj oraz nr dokumentu tożsamości**: | |
| Telefon: | |
| E-mail**: | |

Oświadczam, iż upoważniam do przeglądu historii choroby i danych diagnostycznych następującego kontrahenta:

| | |
|-----------------------------|--|
| Nazwa kontrahenta**: | |
| NIP: | |
| E-mail**: | |
| Osoba kontaktowa**: | |

1. Proszę o utworzenie konta i uzyskanie dostępu do elektronicznych danych pacjenta z wykorzystaniem portalu e-Szpital w Powiatowym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej oraz udzielenie dostępu wskazanemu przeze mnie kontrahentowi.
2. Jednorazowe hasło proszę przesłać na podany adres poczty elektronicznej.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb portalu e-szpital oraz oświadczam, że zapoznałem się z regulaminem korzystania portalu e-szpital.

TAK NIE

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis)

* odpowiednie podkreślić

** pola wymagane

.....

data i podpis osoby pobierającej i zatwierdzającej wniosek

data wygaśnięcia:

(wypełnić w przypadku anulowania upoważnienia)

